

SABERES TRADICIONAIS E SAÚDE: diabetes e hipertensão entre os índios

Tremembé de Almofala-Ce

TRADITIONAL KNOWLEDGE AND HEALTH: diabetes and hypertension among
the Tremembé Indians of Almofala-Ce

Daniele Gruska Benevides Prata

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Gerson Augusto De Oliveira Júnior

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Luís Gustavo Guerreiro Moreira

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo avaliar a percepção dos indígenas e profissionais envolvidos na saúde indígena sobre a relação com o abandono de práticas tradicionais e o aumento da prevalência de doenças como a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na etnia Tremembé, residentes na região de Almofala. A estratégia metodológica foi de pesquisa qualitativa. Os dados de pesquisa de campo foram tratados segundo os pressupostos da análise de conteúdo descritos por Bardin e a valorização do discurso dos participantes da teoria de Parse. Foram realizadas pesquisas documentais nas bases de dados do DATASUS; entrevistas com o grupo empírico. De posse dos resultados obtidos, foi possível gerar conhecimentos que contribuíram para repensar como as políticas públicas de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde devem ser observadas em consonância com o respeito às práticas tradicionais desses povos, de forma a reduzir a prevalência dessas doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica; Saúde de População Indígena; Políticas Públicas.

ABSTRACT

This paper aims to evaluate the perception of indigenous peoples and professionals involved in indigenous health on the relation with the abandonment of traditional practices and the increase in the prevalence of diseases such as Diabetes Mellitus (DM) and Systemic Hypertension (HBV) in ethnicity Tremembé, residents of the Almofala region. The methodological strategy was qualitative research. The field research data was treated according to the assumptions of the content analysis described by Bardin and the valorization of participants discourse of the Parse theory. Documental research was carried out in DATASUS databases; interviews with the empirical group. With the results obtained, it was possible to generate knowledge that contributed to



rethink how the public policies of integral attention to indigenous health and health education should be observed in accordance with the traditional practices of these peoples, in order to reduce the prevalence of these diseases.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus; Systemic Arterial Hypertension; Health of Indigenous Population; Public Policies.

1 INTRODUÇÃO

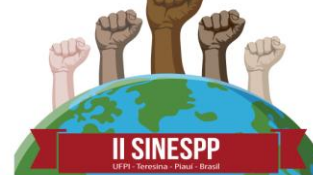
Este trabalho teve como proposta avaliar as evidências sobre a prevalência e a precocidade de Diabetes Mellitus – DM e Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, reconhecidas pelos indígenas da etnia Tremembé, habitantes do município de Itarema, no Ceará, como “doenças de velhos” e a aplicação de políticas públicas que permitam a manutenção de saúde, associada ao respeito às práticas tradicionais de saúde dos indígenas.

Como estratégias metodológicas foram realizadas entrevistas semiestruturadas¹ com agentes de saúde indígenas, demais profissionais de saúde e índios sobre a percepção deles à respeito da DM e HAS, a prevalência das doenças, o aparecimento precoce e a correlação entre essas doenças, o estilo de vida, as mudanças alimentares e as práticas tradicionais de saúde.

Desta forma, este trabalho teve como objetivos: compreender em que medida a DM e a HAS estão relacionadas às mudanças nos hábitos alimentares, ao acesso aos programas de transferência de renda e ao abandono de práticas tradicionais de saúde; e gerar conhecimentos que contribuam com o desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde em consonância com as políticas e programas do SUS, observando as práticas de saúde tradicionais indígenas.

De acordo com a experiência dos pesquisadores envolvidos, oriundos do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará, mudanças significativas podem ser visualizadas nas práticas alimentares e de atividade física no grupo empírico, além da menção dos próprios indígenas sobre as alterações nos corpos e nas doenças crônicas que antes eram “restritas” aos idosos. Desta forma, uma pergunta de imediato se apresentou: *Será que a mudança dos hábitos alimentares e o abandono de práticas tradicionais de saúde corroboram o incremento de comorbidades como a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica?*

¹ Entrevistas colhidas pelo Antropólogo Gerson Augusto de Oliveira Júnior de outubro a dezembro/2017.



A abordagem emprestada ao estudo tem como base a teoria *Human Becoming* de Rosemarie Rizzo Parse (1997), que guia a prática dos profissionais da saúde no sentido da valorização das descrições que os sujeitos fazem sobre seus saberes, práticas e vivências sobre qualidade de vida e saúde. Em outras palavras, valorizamos os significados elaborados pelos sujeitos que compõe o grupo empírico da pesquisa (os índios, os agentes de saúde indígenas e os demais profissionais de saúde que atuam nas áreas indígenas) sobre as evidências de DM e HAS, bem como as estratégias que estão empregando para lidar com esses problemas de saúde (SILVA, 2013).

Para o tratamento dos dados relativos à pesquisa de campo, a utilizamos a análise de conteúdo descrita por Bardin (1977): a) pré-análise; b) exploração do material; e c) tratamento e interpretação dos dados.

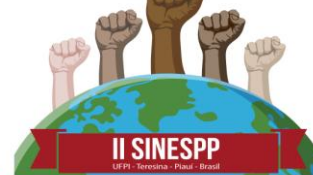
Além do discurso dos participantes, realizamos um levantamento preliminar do perfil epidemiológico² dos Tremembé de Almofala, que serviu de subsídio para a realização de entrevistas abertas com o grupo empírico, segundo orientações da Secretaria Especial de Saúde Indígena – Sesai, vinculada ao Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2013).

Informações sobre a saúde indígena e das políticas públicas de prevenção e tratamento da DM e da HAS estão disponíveis nas bases de dados do Ministério da Saúde. Os referidos dados, dizem respeito aos dados gerais da população indígena nacional e os da população não indígena, segundo uma série histórica dos últimos dez anos, período que coincide com o acesso dos índios a programas de transferência de renda, como o Fome Zero e o Bolsa Família. A partir da análise da série histórica, pudemos comparar o aumento da prevalência das doenças crônicas DM e HAS, principalmente na população indígena, cuja incidência dessas doenças era insipiente.

2 REVISÃO DE LITERAURA

No Ceará, assim como no resto do País, as populações indígenas estão entre as mais desfavorecidas. Por isso, embora os Tremembé de Almofala sejam reconhecidos e recebam atendimento da Fundação Nacional do Índio – FUNAI, suas terras não se encontram demarcadas, o que tem profundas consequências sobre as condições de vida desse povo. As questões culturais, religiosas e ambientais têm demandado políticas

² Periodicamente os dados de saúde da população geral e de grupos étnicos são publicados no sitio do Ministério da Saúde, através de boletins epidemiológicos, que são divididos por temas.



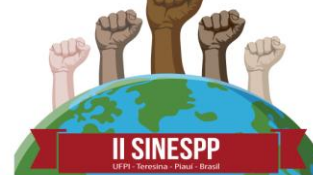
pública específicas, para as quais há uma necessidade premente de informações detalhadas, tais como os que dizem respeito aos indicadores de saúde.

Os Tremembé de Almofala fazem parte das 15 etnias indígenas presentes em diversos municípios cearenses. As atividades de subsistência dos indígenas dependem da área em que residem, sendo explorada a agricultura e a pesca, além da coleta de recursos naturais e a fabricação de artesanato (OLIVEIRA JR, 2006). De acordo com o Censo do IBGE de 2010, esse grupo era de cerca de 21mil índios, embora dado publicado pela FUNAI, no mesmo ano, estime a presença de 30 mil³.

Se muito dados demográficos e pesquisas sobre processos de demarcação de terras, educação diferenciada e formas de produção e geração de renda para as populações indígenas cearenses foram publicados, pouca atenção foi emprestada aos problemas de saúde dos índios do Ceará e suas correlações com o declínio de saberes e práticas de saúde tradicionais. Isso pode se justificar pelo fato de que por muito tempo prevaleceu a ideia de que as populações indígenas do Nordeste e, principalmente, as do Ceará, haviam desaparecido. Além disso, as produções que foram geradas sobre os índios do Ceará a partir da década de 1990 estão concentradas nas áreas de Ciências Sociais e História e, mais recentemente, na de Educação. Em outras palavras, existe uma lacuna nas pesquisas sobre saúde indígena (OLIVEIRA JUNIOR, 1998).

Poucos trabalhos abordam os problemas de saúde dos índios do Ceará. Uma dessas pesquisas, que serviu como base para compreender a realidade dos Tremembé de Almofala, foi produzida pelo antropólogo Gerson Augusto de Oliveira Júnior. No entanto, trata-se de uma menção genérica a problemas de saúde dos Tremembé tendo em vista as mudanças de padrões alimentares, cujo objetivo é embasar a tese do autor sobre a necessidade de efetivar direitos à segurança alimentar e nutricional dos índios, tal como prevista na Constituição Federal de 1988. Segundo Oliveira Júnior (2016, p. 68 a 73), na última década, foi verificado um aumento da renda familiar dos índios e, conseqüentemente, o acesso a alimentos que não representam escolhas saudáveis, tais como carnes e frangos congelados, embutidos, bebidas lácteas, biscoitos, bolachas, enlatados, refrigerantes, doces etc. Entre as conseqüências das mudanças nos padrões de consumo estão:

³A divergência entre os dados dos dois órgãos pode ser explicada pela migração da população indígena para áreas urbanas, de modo que, no Censo do IBGE, os que não habitavam mais as terras tradicionais não foram considerados como índios. No Nordeste, estima-se que cerca de 126 mil índios estejam residindo fora da área indígena, o que representa 33,4%. (PINHEIRO, 2002).



[...] um flagrante desrespeito à cultura alimentar dos índios, o comprometimento do conjunto de saber-fazer tradicional presente no âmbito das práticas alimentares (...), uma crescente disposição para consumir produtos industrializados (...), o abandono das práticas alimentares tradicionais(...), o desenvolvimento de doenças que antes não eram verificadas com a mesma frequência e nem exibidas por diversos índios, dentre as quais as mais comuns são: hipertensão arterial, diabetes e obesidade.

Os estudos sobre a saúde de populações indígenas concentram-se naquelas que habitam o Norte e o Centro-Oeste do Brasil. As primeiras publicações, datadas dos anos de 1970, destacaram a prevalência de doenças associadas às condições étnicas e genéticas (CARDOSO et al, 2005). Com a ampliação das análises, outros indicadores de saúde foram relacionados, tais como: hábitos alimentares, prática de atividade física, qualidade de vida, fatores de risco e exposição a riscos (GARNELO, 2012).

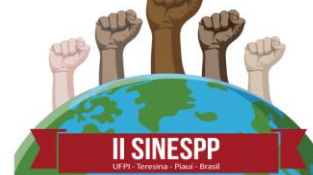
De acordo com os dados da FUNAI, produzidos em 2002, as principais causas de adoecimento e mortalidade ainda são decorrentes das doenças infecciosas e parasitárias, porém o número de índios portadores de doenças crônicas como a DM, a HAS e obesidade tem crescido e se tornou um indicador relevante da aquisição de novos hábitos alimentares e da falta de atividade física (BASTA et al, 2012).

Estudos contemporâneos, produzidos a partir dos anos de 1970, tem apontado uma ocidentalização da cultura indígena, o que se evidencia em alterações fisiológicas, e, conseqüentemente, em impactos à saúde (GIMENO, 2007). Embora a incidência de DM e HAS em populações indígenas brasileiras sejam pequenas quando comparada à da população não indígena, não se pode olvidar o fato de que houve um crescimento exponencial dessas comorbidades (SOUZA FILHO et al, 2015)⁴, em que pesem os problemas relativos às estatísticas⁵. De acordo com os dados da FUNAI, produzidos em 2002, sobre as principais causas de mortalidade de indígenas, um percentual de 10,8 % de mortes está associado a doenças endócrino, nutricionais e metabólicas, sendo que cerca de 49% delas foram de índios portadores de DM (BASTA et al, 2012).

O acometimento de indígenas cada vez mais jovens com doenças como a síndrome de resistência insulínica, alterações na pressão arterial e obesidade, tem chamado a

⁴ A prevalência de hipertensão que em 1968 era de 0,2% saltou-se para 19,2% em 2012 (SOUZA FILHO, 2015, p. 1021 a 1022).

⁵ É difícil comparar dados estatísticos do passado com os do presente, até porque há diferentes modos de coleta e avaliação. Além disto, é notória a preocupação contemporânea com determinados tipos de comorbidades, enquanto anteriormente isso não ocorria.



atenção de pesquisadores sobre as consequências das mudanças nos padrões alimentares e na prática de atividades físicas (OLIVEIRA, 2011).

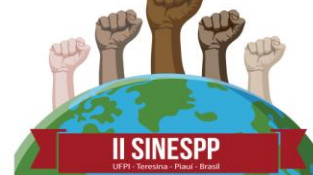
Entre as propostas para a atualização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, conforme relatório da 5ª. Conferência Nacional de Saúde Indígena (realizada em Brasília-DF, em 2013), publicado em 2015, está a avaliação dos fatores determinantes e condicionantes que levam ao adoecimento e à morte das populações indígenas, os principais sofrimentos que afligem as famílias, as comunidades indígenas e as pessoas com necessidades especiais, como pressuposto de políticas públicas que garantam as condições adequadas de saúde e o bem-estar da população indígena. A promoção, a valorização e o resgate das medicinas tradicionais por meio de ações integradas no âmbito da assistência de saúde, inclusive associando conhecimentos indígenas e não indígenas na indicação de medicamentos, figuram entre as propostas priorizadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Sendo assim, o presente artigo, além de contribuir para o preenchimento da lacuna de estudos sobre a saúde dos povos indígenas do Ceará, pode servir de base para a formulação das políticas que compõem o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), criado pela Lei Arouca (Lei nº 9.836/1999).

De acordo com a referida Lei, esse Subsistema é composto por Distritos Sanitários Especiais Indígenas/Dseis; uma rede de serviços nas terras indígenas destinada a atender os índios, considerando critérios relativos à geografia, demografia e cultura. Os Dseis fazem parte da Secretaria Especial de Saúde Indígena, vinculada ao Ministério da Saúde, que tem a missão de gerenciar a política pública de saúde indígena. A participação dos índios no controle e planejamento dos serviços é premissa fundamental do Subsistema que reforça o princípio de autodeterminação dos povos, que está previsto na Constituição Federal de 1988:

Artigo 231 – São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens

As ações desenvolvidas pelos agentes e profissionais de saúde que atuam nas áreas indígenas devem guardar sintonia com o respeito aos hábitos alimentares, às diversas práticas de saúde e aos saberes da medicina tradicional dos índios (ANDRADE & SOUSA, 2016).



De acordo com os estudos de Ferreira (2013), as políticas públicas voltadas para a saúde indígena apresentam deficiências, pois existe uma supervalorização do saber biomédico, em detrimento do conhecimento dos tratamentos tradicionais indígenas. As políticas desenvolvidas têm proporcionado uma formação de agentes de saúde indígenas pautadas em modelos que fogem ao saber tradicional, favorecendo a substituição das práticas culturais por aquelas já presentes nas ações rotineiras de saúde pública direcionadas à população geral.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde, por ocasião da Declaração de Alma-Ata (1978), sugerem que os grupos étnicos tenham autonomia para atender e colaborar com a atenção primária, construindo mediante o saber popular ações que proporcionem tratamento e prevenção de doenças de acordo com os conhecimentos tradicionais e recursos naturais locais (OMS, 2004).

Se o controle social é um importante meio de gestão de políticas públicas de segurança alimentar e saúde e essencial ao atendimento adequado dos grupos indígenas, é importante que se pergunte aos índios até que ponto a ação desses agentes e profissionais tem contribuído para a valorização das especificidades das etnias.

3 RESULTADOS

O consumo de alimentos industrializados foi intensificado nos últimos anos com o acesso dos índios aos programas de transferência de renda, notadamente o Fome Zero e o Bolsa Família, e com o declínio de modos de produção e preparo de alimentos e remédios elaborados com base nos saberes tradicionais indígenas (GARNELO, 2012 e OLIVEIRA JÚNIOR, 2015). Disso, decorre a hipótese central que norteia esta pesquisa, qual seja a de que o abandono de práticas tradicionais de produção e de consumo de alimentos tanto coincide com o aumento das comorbidades referidas como com o declínio de saberes e práticas tradicionais de saúde. Ou como disseram os indígenas:

Essas comidas prontas interferem na saúde, porque tem gente que fica muito doente. Eu tiro pelo meu marido, ele tem só 25 anos e já tem pressão alta. É hipertenso, quem tem a pressão alta, né? Então, um rapaz de 25 anos já tá assim... Já o meu avô veio ficar hipertenso com mais de 70 anos, entendeu? Olha a diferença de idade! Isso é por causa da comida... Doenças que de primeiro demorava a aparecer, aparecia com as pessoas velhas, hoje em dia aparece com as pessoas novas. É gente com hipertensão, diabete e obeso. Por aqui tem muita criança obesa e isso é o tipo de comida mesmo (professora indígena Tremembé).



Além das questões relativas ao consumo de alimentos industrializados, a escassez de recursos naturais e o acesso dos índios às áreas que detém esses recursos prejudicam a conservação de práticas tradicionais alimentares, de saúde e de atividade física.

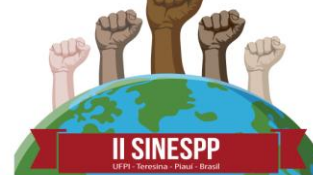
Aonde a gente queria brocar uma moita pra plantar um feijão, tinha aonde a gente brocasse. Aonde a gente queria pescar, tinha aonde a gente pescasse. A gente queria caçar, tinha caça pra gente caçar. A gente queria remédio, tinha pau pra onde a gente fosse caçar um remédio pra fazer. Agora, cadê que vê mais? A gente procura aí, caça o dia todinho, num acha mais um remédio que a gente achava, que era fácil primeiro, agora tá tudo difícil... Ora, isso aqui tudo era fácil de primeiro, agora tá tudo difícil... Essas lagoas que tão cercado aí num tem mais peixe. O pessoal até proibe a gente de pescar (líder indígena Tremembé).

Outra questão levantada pelos índios, diz respeito ao uso de plantas medicinais e recursos oriundos da natureza. O uso de medicamentos alopáticos em detrimento de mecanismos de cura que envolve as crenças e matéria-prima natural se configura como um desrespeito à medicina tradicional indígena.

Desde criança eu dei os meus primeiros passos na floresta. Fui aprendendo o nome das plantas, a serventia. Pro nosso povo, nunca faltou doutor. Às vezes tinha alguém doente aí juntava dois, três e dizia qual planta era boa. A gente tomava e ia ficando bom, sem precisar de doutor, porque isso era difícil por aqui... também tem doença que coisa de espírito. Isso existe. Aí tem que procurar a pessoa que trabalha com isso. Eu mesmo já fui vítima disso. (Curandeiro)

O trabalho, antes realizado de forma artesanal, também se modificou. Tal como acontece como as populações não indígenas, a realização de tarefas com a “facilidade” de maquinário reduz o gasto calórico e pode ter como consequência a incidência de obesidade, associada ao consumo de alimentos hipercalóricos e com características nutricionais inadequadas para o consumo regular. O consumo desses alimentos e a mudança no estilo de vida são percebidos pelos índios como desencadeadores da precocidade das “doenças de velhos”.

Hoje que modificou as coisas e nós tamo trabalhando mais fácil. Antes nós botava uma peça de carnaubeira na prensa, todinha. E passava a noite prensando. De primeiro era outro modelo, as coisas era tudo de barro, tudo a gente fazia. As comidas daqui também mudaram muito. Eu como as coisas que crio aqui. Mas a coisa mudou, porque vem comida de fora, uma comida réia que faz mal, umas carne réia salgada, mortadela, esses bagulhos. Isso aí eu não como, pra mode não ficar doente. (liderança, delegado do conselho indígena Tremembé de Almofala)



Hoje tudo é comprado, tudo é congelado. Diferente da comida de antigamente, que era tudo plantado por nós, tudo pescado. O povo não trabalha mais trabalho pesado, as doenças não são mais tratadas com as nossas plantas. Hoje a gente usa remédio passado pelo médico. Ta tudo diferente. Agora até criança tem doença de velho. (liderança indígena jovem, professor da escola indígena)

As alterações fisiológicas e os dados epidemiológicos são preocupações dos profissionais envolvidos com a saúde indígena. A percepção, tanto dos índios, como dos agentes de saúde e demais profissionais é de que o aumento, destacado pelos indicadores oficiais de saúde, das doenças crônicas como DM e HAS são oriundos de um abandono das práticas tradicionais.

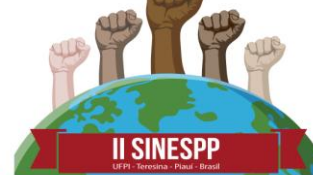
Na nossa área não era pra ter essas doenças, porque o nosso povo não era pra comer essas coisas do outro povo. Nossa comida era pra ser só natural. Até adolescente tem pressão alta. No meu tempo de criança era tudo diferente. A gente só comia coisa natural. Hoje a facilidade do dinheiro e lugar pra vender coisa que não presta muda a forma como a gente come. Até o pessoal que não tem emprego, tem o bolsa família, aí vai comprar xilito, bolacha, frango congelado. Até quem pesca, troca o peixe pelo frango de granja. (liderança indígena, agente de saúde e parteira)

Existe também a percepção de que o acesso a renda, sem a vinculação de ações educativas pode ter agravado o consumo de produtos inapropriados e que carregam agentes nocivos para saúde. O desejo pelo consumo e o uso de produtos “práticos” também podem ser visualizados como construtores desse quadro de adoecimentos e desenvolvimento de comorbidades.

Quando cheguei aqui, a situação alimentar tava muito ruim, porque quase ninguém ganhava (dinheiro), né? Eu fiquei muito chocada porque muitas vezes a única alimentação que a criançada tinha era a merenda da escola, que era uma porcaria. Sabe essas coisas? Carne enlatada, almôndega enlatada, leite em pó que ninguém queria? Mandavam pra escola. (Missionária e educadora)

À medida que os Tremembé começaram a ganhar dinheiro, as práticas alimentares foram se alterando, mudando os ingredientes que antes eram naturais, para trocar pelos industrializados. O consumo também foi modificando. O pessoal passou a consumir xilito, bombom, pirulito, pão. Tudo o que era de porcaria. E esqueceram a tapioca, por exemplo. (professora da escola indígena, liderança indígena)

É preciso compreender que o adoecimento físico é reflexo de uma serie de fatores que envolvem desde as práticas alimentares ao acesso das populações aos alimentos



industrializados. Os órgãos que atendem os indígenas precisam repensar, juntamente com seus usuários, meios para evitar o adoecimento e preservar a cultura.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo procurou investigar como o grupo empírico relaciona a incidência de doenças crônicas como a DM e HAS às mudanças nas práticas, alimentares, de saúde e de atividade física.

Foi realizada uma explanação á respeito a situação indígena no Brasil e sobre a lacuna teórica que trate de forma adequada a relação entre a saúde indígena e o abandono das práticas tradicionais.

Mesmo com a legislação atinente às necessidades diferenciadas para os grupos com direitos garantidos por legislações específicas, como no caso dos índios, ainda é necessário o aprimoramento do exercício de cidadania, conferindo autonomia e apoio aos grupos que precisam ter sua agenda colocada em pauta pelo governo, o que efetivamente não está acontecendo, de acordo com a percepção dos entrevistados.

Os sujeitos pesquisados percebem que as mudanças alimentares, nos mecanismos de cura e na prática de atividade física podem ocasionar o aumento da incidência de DM e HAS, além de outros agravos, como a obesidade.

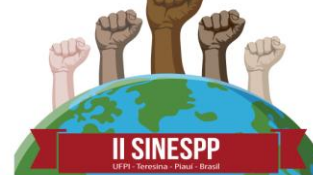
Esse estudo, de caráter preliminar, abre espaço para investigações maiores, que possam abranger as outras etnias no estado do Ceará. Os resultados obtidos podem ser revertidos em políticas públicas que contribuam com o desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde em consonância com as agendas e programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. T.; SOUSA, C. K. S. Práticas indígenas de cura no Nordeste brasileiro:

discutindo políticas públicas e intermedicalidade. **Anuário Antropológico**, Brasília, UnB, 2016, v. 41, n. 2: 179-202

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.



BASTA, P.C. et al. Perfil epidemiológico dos povos indígenas do Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L. e PONTES, A. L. (org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Ministério da Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Unesco, 2012.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

FERREIRA, L. O. **Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2013.

GARNELO, L.. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L. e PONTES, A. L. (org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Ministério da Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Unesco, 2012.

GARNELO, L. Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e situação atual. In: GARNELO, L. e PONTES, A. L. (org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Ministério da Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Unesco, 2012.

GIMENO SGA, et al Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central. In: **Cad Saúde Pública**. 2007; 23(8):1946-1954.

IBGE. **Estudos e pesquisas: informações demográficas e socioeconômicas**, Vol.21. Síntese de indicadores sociais Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, volume 44. N.12, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

OLIVEIRA G.F. et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. In: **Rev Panam Salud Pública**. 2011;29(5):315-21

OLIVEIRA JR., G. A. **Torém: brincadeira dos índios velhos**. São Paulo: Annablume; Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desportos, 1998.

_____. **G.A.O encanto das águas**. A relação dos Tremembé com a Natureza. Fortaleza: Museu do Ceará/ Secretaria da Cultura do Ceará, 2006.

_____. G. A. Cultura alimentar Tremembé. In: GONÇALVES & SILVA (orgs.). **Cultura Política e Identidades: Ceará em perspectiva**, vol. II, Fortaleza: Iphan, 2015.

_____. G. A. **O direito dos índios Tremembé à segurança alimentar e nutricional**. Relatório de pesquisa do Estágio Pós-Doutorado em Direito. Universidade de Coimbra-Portugal, 2016.

OMS. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata**, 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.



PARSE, Rosemarie Rizzo. The Human Becoming Theory: the was, is, and will be. *Nursing Science Quarterly*, v.10, n.1, p.32-38, Spring, 1997.

PINHEIRO, J. (Org.). **Ceará terra da luz, terra dos índios** – história, presença e perspectivas. Fortaleza: Ministério Público Federal. 6ª Comarca de coordenação e Revisão. FUNAI; IPHAN/4ª Superintendência Regional, 2002.

CARDOSO, A. et al. Prevalência de Diabetes Mellitus e a Síndrome da Resistência Insulínica nos índios Guarani do Estado do Rio de Janeiro. In: A. M.C. COIMBRA JR., CEA., SANTOS, RV; ESCOBAR, AL., (orgs.) **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

SILVA, F.V.F. et al. Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentado na teoria de Parse. **Escola Anna Nery**. V.17, p. 111-119, 2013.

SOUZA FILHO, Z.A. et al. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2015; 49(6):1016-1026.